

CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR

Je consens, par la présente, à la conservation et l'administration de médicament(s), ainsi qu'au stockage et à l'utilisation des ustensiles et matériel nécessaires pour administrer ce(s) médicament(s), conformément aux instructions du prestataire de soins médicaux ou médecin de mon enfant. Je sais que c'est à moi de fournir, à l'établissement scolaire, les produits et l'équipement nécessaires pour administrer ces médicaments, notamment les inhalateurs s'ils ne sont pas pour la *Ventoline*. Les médicaments doivent être apportés dans leur récipient d'origine avec la bonne étiquette de la pharmacie (il faut que je me procure un autre récipient similaire dont mon enfant se servira à l'extérieur de l'établissement scolaire). L'étiquette sur le médicament prescrit doit mentionner les prénoms et nom de l'élève, le nom et numéro de téléphone de la pharmacie, les prénoms et nom de l'auteur agréé de la prescription, la date et le nombre de renouvellements, le nom du médicament, la dose prescrite, la fréquence des prises, les modalités d'administration et/ou d'autres consignes d'utilisation. Les médicaments sans ordonnance et les échantillons de médicaments doivent être dans le récipient d'origine du fabricant, où sont apposés les prénoms et nom de l'élève. Je suis conscient(e) que si je fournis un médicament, il doit être délivré dans sa boîte d'origine QUI N'A JAMAIS ÉTÉ OUVERTE. J'ai aussi compris que je dois prévenir immédiatement l'infirmier scolaire, de tout changement de prescription ou d'instructions du type de celles susmentionnées.

Je sais qu'aucun élève n'a le droit de porter sur lui ou de prendre lui-même des substances sous contrôle.

Je sais que ce consentement n'est valable que jusqu'à la date où prend fin tout programme de cours d'été patronné par le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE) ; ou au moment où je fournis, à l'infirmier scolaire, une nouvelle ordonnance ou de nouvelles instructions du professionnel de santé ou médecin de mon enfant (suivant l'événement qui survient le plus tôt). En déposant ce formulaire *MAF*, je demande, de fait, à ce que mon enfant bénéficie d'une assistance médicale particulière de la part du DOE et de celle du Département de la Santé et de l'Hygiène mentale (Department of Health and Mental Hygiene ou *DOHMH*) de la Ville de New York, par l'intermédiaire du Bureau de la Santé Scolaire (OSH). Je déclare avoir compris que les services médicaux peuvent comprendre une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé de l'OSH. Ce formulaire *MAF* contient l'intégralité des instructions complètes concernant les soins médicaux demandés ci-dessus. Je sais que l'OSH, ses mandataires et employés, impliqués dans les soins médicaux demandés ci-dessus, s'en remettent à l'exactitude des informations fournies dans ce formulaire. Je reconnais que ce formulaire ne constitue pas un accord du Département de l'Éducation et du *DOHMH* d'offrir les services demandés, mais plutôt une demande de ma part et mon consentement pour de tels soins. Si ces soins sont jugés nécessaires, un Plan d'aménagement(s) pour l'élève (Student Accommodation Plan) peut aussi être requis et sera, dans ce cas, rédigé par l'établissement scolaire. Je suis conscient(e) que, l'OSH, le DOE, et leurs mandataires et agents, peuvent contacter, consulter tout professionnel de santé (médecin et/ou spécialiste) et/ou pharmacien ayant fourni des médicaments ou services médicaux à mon enfant, et obtenir, ainsi, toute information supplémentaire considérée pertinente sur son état de santé, ses médicaments et/ou son traitement.

PRISE DE MÉDICAMENT(S) AUTONOME : Pour utiliser un auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), un inhalateur contre l'asthme et d'autres médicaments approuvés que l'enfant/adolescent peut prendre seul, mettez vos initiales devant ces paragraphes :

_____ Je certifie, par la présente, que mon fils/ma fille a bien reçu l'intégralité des instructions et est capable de prendre le médicament prescrit, lui(elle)-même. Je consens, en outre, à ce que mon fils/fille porte sur lui(elle), conserve et prenne seul(e), dans l'enceinte scolaire, le(s) médicament(s) prescrit(s) cité(s) ci-dessus. Je reconnais avoir à fournir à mon enfant ces médicaments dans des récipients étiquetés comme décrit ci-dessus, être responsable de vérifier comment mon enfant s'en sert, et de toutes les conséquences possibles découlant de son(leur) usage dans l'enceinte scolaire. Je sais que l'infirmier de l'établissement scolaire confirmera la capacité de mon enfant à porter sur lui(elle) et à prendre seul(e) son(ses) médicament(s) de façon responsable. En outre, je consens à fournir un(des) médicament(s) de secours dans un récipient, dont le texte de l'étiquette est clair et lisible, à conserver en salle médicale au cas où mon enfant en aurait une quantité insuffisante à prendre seul(e) sur lui(elle).

_____ Je consens à ce que l'infirmier(ère) scolaire conserve et/ou administre un tel traitement médicamenteux à mon enfant au cas où ce(cette) dernier(ère) serait temporairement dans l'impossibilité de le garder sur lui(elle) ou de le prendre seul(e).

_____ **Je certifie, par la présente, avoir consulté le professionnel de santé ou médecin de mon enfant et j'autorise le Bureau de la Santé Scolaire (Office of School Health ou OSH) à administrer de la Ventoline conservée en réserve au cas où l'on ne pourrait pas utiliser le traitement médicamenteux prescrit contre son asthme.**

Signature de la mère/du père ou tuteur de l'élève	Prénoms et nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie
Signé le ____ / ____ / _____ (mois/jour/année)	Adresse du parent/tuteur de l'élève
Coordonnées téléphoniques : En journée (____) _____ - _____	Domicile (____) _____ - _____ Portable* (____) _____ - _____
Prénoms et nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence	N° de téléphone de cette autre personne (____) _____ - _____
NE RIEN ÉCRIRE CI-DESSOUS - RÉSERVÉ À L'USAGE DU DOE ET DE L'OSH (DO NOT WRITE BELOW - FOR DOE AND OSH ONLY)	
Received by: Name _____ Date ____ / ____ / _____	Reviewed by: Name _____ Date ____ / ____ / _____
Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison ____ / ____ / _____

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year **2016-2017**

ATTACH STUDENT PHOTO HERE

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth	<input type="checkbox"/> Male
			MM / DD / YYYY	<input type="checkbox"/> Female
Guardian's e-mail address			OSIS Number	
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade
				Class

The following sections to be completed by Student's HEALTH CARE PRACTITIONER

1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____ Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ Select the most appropriate option for this student: <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):** • I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribe medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small> ** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE	In School Instructions <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ <small>specify signs, symptoms, or situations</small> <input type="checkbox"/> Time interval: q ___ minutes or q ___ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times. Conditions under which medication should not be given: _____
---	--

2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____ Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ Select the most appropriate option for this student: <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):** • I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small> ** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE	In School Instructions <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ <small>specify signs, symptoms, or situations</small> <input type="checkbox"/> Time interval: q ___ minutes or q ___ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times. Conditions under which medication should not be given: _____
--	--

3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____ Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ Select the most appropriate option for this student: <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):** • I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small> ** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE	In School Instructions <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ am / pm and ___:___ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ <small>specify signs, symptoms, or situations</small> <input type="checkbox"/> Time interval: q ___ minutes or q ___ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times. Conditions under which medication should not be given: _____
--	--

HOME Medications (include over-the counter)	For Office of School Health (OSH) Use Only
	Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner. <input type="checkbox"/> IEP

Health Care Practitioner (Print)	LAST NAME	FIRST NAME	(Please)	Signature
Address		Tel. No. (____)____-____		Fax. No (____)____-____
E-mail address*		Cell phone* (____)____-____		
NYS License No (Required) ____-____-____	Medicaid No ____-____-____	NPI No. ____-____-____	Date ____/____/____	

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS